st.gallen

Stadt St.Gallen
Schulärztlicher Dienst

Dokumentation der Medikamentenabgabe an der Schule/Tagesbetreuung

Name, Vorname, Geburtsdatum der Schülerin, des Schülers:

_____

Datum	Uhrzeit	Medikament	Menge	Durchgeführt von	Unterschrift